



**Anmeldung zur Weiterbildung zum/zur Klinischen Neuropsychologen/in GNP**  
 nach den Übergangsregelungen vom 22.10.1993

Bitte in Druckschrift ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen. Danke!

<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
<b>geb.:</b>		<b>Geb.-Datum:</b>	
<b>Geb.-Ort:</b>		<b>Akad. Grad:</b>	
<b>Titel:</b>		<b>Studienabschluss/ Studium an Hoch- schule:</b>	
<b>GNP-Mitglied:</b>	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____ <b>Mitglieds-Nr.:</b> _____ <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Ausgeübter Beruf:</b>	<input type="checkbox"/> Diplom-Psychologe/in  <input type="checkbox"/> .....	<b>Approbation:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Angestrebt <input type="checkbox"/> in Ausbildung als <input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in am ..... <input type="checkbox"/> Kinder- u. Jugend-Psychotherapeut/in am ..... <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin am ..... <small>(Nachricht an GNP erbeten, wenn Approbation vorliegt!)</small>	
<b>Korrespondenzanschrift:</b>	<input type="checkbox"/> Privatadresse <input type="checkbox"/> Firmenadresse	<b>Arbeitsbeginn seit:</b> _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit  <b>Unterbrechungen:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <b>wenn ja, Begründung:</b>	
<b>Firma:</b>		<b>Abteilung:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>PLZ, Ort:</b>	
<b>Telefon:</b>		<b>Telefax:</b>	
<b>E-Mail:</b>		<b>Internet:</b>	
<b>Bundesland/Land:</b>		Selbständig <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/>	GNP-akkreditierte Weiterbildungsinstitution: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Privat Straße:</b>		<b>PLZ, Ort (Ausland):</b>	
<b>Telefon:</b>		<b>Telefax:</b>	
<b>E-Mail:</b>		<b>Internet:</b>	

Bitte legen Sie dem Antrag einen Nachweis Ihrer Berufstätigkeit (Bescheinigung des Arbeitgebers oder Arbeitszeugnis) bei.

Ort, Datum

Unterschrift